PRB 00-20E

Library of Parliament | Bibliothèque du Parlement

THE FEDERAL ROLE IN RURAL HEALTH

Nancy Miller Chenier
Political and Social Affairs Division

12 October 2000

PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE

The Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Research Officers in the Branch are also available for personal consultation in their respective fields of expertise.

N.B. Any substantive changes in this publication which have been made since the preceding issue are indicated in **bold print**.

CE DOCUMENT EST AUSSI PUBLIÉ EN FRANÇAIS

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TABLE OF CONTENTS

	Page
THE CONTEXT OF RURAL HEALTH	1
CURRENT FEDERAL ATTENTION TO RURAL HEALTH	4
A. Key Federal Departments Organizing for Rural Health	4
B. Parliamentary Initiatives on Rural Health	7
DOMINANT IDEAS INFLUENCING FEDERAL ACTION IN RURAL HEALTH	8
A. Constitutional Authority	8
B. Health Approaches	10
C. Funding Distribution	11
D. Access to Professionals and Facilities	12
E. Research	14
CONCLUDING OBSERVATIONS	15

101-06482/

CANADA
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

THE FEDERAL ROLE IN RURAL HEALTH

"The health of rural people is inextricably bound up with the health of rural communities."(1)

This paper looks briefly at how Canada defines its rural population and why people in rural communities might experience particular health outcomes. It then examines the current federal government's efforts to address rural health issues and discusses selected variables that influence the extent of future federal involvement and ability to act on rural health concerns.

THE CONTEXT OF RURAL HEALTH

A significant part of Canada is rural. When population density and geographical location are considered, rural Canada comprises approximately 31% of the population and 95% of the territory.(2) This rural population encompasses people with divergent needs related to age, gender, socio-economic status, occupation and ethnicity, while this geographical space embraces diverse terrain and a mixture of economic activities across resource, manufacturing and service industries.

The 1998 *Rural Dialogue Notebook*, prepared by the federal government for public consultation, observed differences in rural Canada regarding the people and where they live. It stated that "rural Canada includes rural and remote communities and small towns outside major urban centres, whether in the far North or close to major metropolitan cities."(3) It pointed out that, in Atlantic Canada, almost half of the population lived in rural areas and this included a

---

(1) William Ramp, "Where do we go from here," in William Ramp, Judith Kulig, Ivan Townshend, Virginia McGowan (eds.), *Health in Rural Settings: Contexts for Action*, Lethbridge: University of Lethbridge, 1999, p. 297.

(2) *Ibid.*, p. 17.

(3) Canada, Canadian Rural Partnership, *Questions for Rural Canadians: Rural Dialogue Workbook*, Ottawa, 1998. http://www.rural.gc.ca/overvi_e.htm

majority of the region's Acadian and African-Canadian communities. Also, it noted that across Canada, more than half of the Aboriginal peoples (whether on reserves or in Inuit or Métis communities) lived in rural areas. Other sources pointed out that rural populations continue to decline, particularly as young people leave for educational and employment opportunities and seniors leave to seek greater access to long-term care. At the same time, rural populations in closer proximity to cities or in recreational areas are increasing.(4)

Thus, rural Canada is comprised of many different communities, with diverse languages, cultures, environments, landscapes and economies. Each community in turn faces different challenges in meeting the multiple needs of its population. This variety across people and space makes it difficult to take a single national approach to rural health.

Although approaches to health have never been uni-dimensional or static, the more common viewpoint has been through narrower biological or medical interpretations rather than through broader social, economic, cultural or political contexts. However, Canada's federal, provincial and territorial governments, recognizing that health cannot be achieved solely by the provision of medical services, have moved toward broader approaches.(5) They have taken steps to embrace a population health approach emphasizing that any strategy to influence the health status of a population must address a broad range of health determinants. These determinants include: income and social status, social support networks, education, employment and working conditions, social environments, physical environments, personal health practices and coping skills, healthy child development, biology and genetic endowment, health services, gender and culture.(6)

It is not difficult to see where geography and rural location might fit as an issue that cuts across several of these determinants. The *Rural Dialogue Notebook* indicated that "National figures show that rural areas are different than urban areas: for example, rural areas

---

(4) Canada, Rural Secretariat, *Working Together in Rural Canada: Annual Report to Parliament*, Agriculture and Agri-Food Canada, May 2000, p. 18. www.rural.gc.ca

(5) Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*, Health Canada, Ottawa, 1994.

(6) Health Canada, Population Health Approach website. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/

have generally higher unemployment rates; formal education levels are lower; and, in many communities, more people are leaving than moving in."[7]

More specifically on health, the federal Office of Rural Health noted that:

> Rural realities and health needs differ from those of urban areas. These needs may be particular to the environment (e.g., the need for education on tractor roll-over prevention), changing demographics (e.g., an increase in the seniors' population in some rural areas), a common health need present in a rural environment (e.g., the health status of First Nations' communities), or the need for health concerns to be expressed in a 'rurally sensitive' way (e.g., obstetrical services that do not generate an excessive 'travel burden' on rural women).[8]

The particular health reality of people living in rural areas can differ not only from their urban counterparts but also from other rural situations. For example, it is suggested that "the average rural Canadian lives 10 kilometres from the nearest doctor" but "the further north you are, the further away the closest physician is."[9] On other perspectives such as employment related to seasonal economies, rural people living in the Prairie provinces have a much lower unemployment rate than do people living in the Atlantic provinces.

The report of the October 1999 Rural Health Research Summit in British Columbia, provided a broad perspective, stating that:

> Those who live in rural Canada know instinctively that their health is compromised, life expectancy is shorter, health care is less accessible, and comprehensive and continuing care is not a realistic expectation. Death rates and infant mortality rates are higher, but so are fertility rates, creating a demographic of young children and older adults associated with a loss of young adults to the urban opportunities. Communities too can be fragile while others have acquired a resilience that is hard to ignore.[10]

As this contextual overview suggests, rural Canada comprises a significant proportion of this country's population and territory. The diversity of the people and the

---

(7) Canada, Canadian Rural Partnership, *Questions for Rural Canadians* (1998).

(8) Health Canada, *Rural Health*, Ottawa, 2000. http://www.hc-sc.gc.ca/ruralhealth/

(9) Canada, Rural Secretariat, *Working Together in Rural Canada* (2000), p. 19.

(10) M. Watanabe with A. Casebeer, *Rural, Remote and Northern Health Research: The Quest for Equitable Health Status for all Canadians*, Report of the Rural Health Research Summit, Prince George, British Columbia, October 1999, p. 4. http://www.unbc.ca/ruralhealth/

geography pose particular challenges for individual provincial and territorial governments responsible for providing regional health services. For the federal government, efforts to facilitate a broader national perspective sensitive to rural health must be made within pre-established jurisdictional boundaries.

CURRENT FEDERAL ATTENTION TO RURAL HEALTH

Although calls for federal attention to the health concerns of rural Canadians are not new, the late 1990s saw renewed commitment.(11) Federal throne speeches, parliamentary reports and budgets indicated political and financial commitment to the broad infrastructures needed to support rural communities. In 1999, the Prime Minister created the Cabinet position of Secretary of State for Rural Development. On rural health specifically, Health Canada's establishment of the Office of Rural Health in 1998 provided an institutional mechanism for applying the rural perspective to departmental and national health efforts. The following sections explore some of the recent federal departmental and parliamentary actions in the area of rural health.

A. Key Federal Departments Organizing for Rural Health

At the departmental level, Health Canada currently takes a national leadership role in efforts to maintain and enhance the health of all Canadians, including those living in rural areas. It is expected to work in partnership with other federal departments and agencies as well as with provincial and territorial governments. This ability to work in a coordinated horizontal fashion to ensure an integrated approach was a key theme of the 1999 federal framework for rural action. Several of the 11 governmental priorities in the framework have relevance to rural health; in addition to access to health care, these include access to financial resources, human resource leadership development, rural telecommunications and partnerships for community development.(12)

---

(11) Canada, Rural Secretariat, *Working Together in Rural Canada* (2000), pp. 9-15.

(12) Federal Framework for Action in Rural Canada. http://www.rural.gc.ca/framework_e.html

Health Canada supports rural health initiatives through multiple efforts:[13]

- *rural health needs* (for example, the Innovations in Rural and Community Health Initiative, and the Canada Health Infostructure Partnerships Program);
- *affected groups* (for example, the First Nations and Inuit Home and Community Care Program, and the National First Nations Telehealth Project); and
- *rural health concerns* (for example, the Health Transition Fund, Centres of Excellence for Women's Health, and the Canada Prenatal Nutrition Program).

In addition to Health Canada's direct role, the first annual report on federal departments' and agencies' actions to meet the federal commitment to rural Canadians cited multiple examples of initiatives by other departments either alone or in partnership.[14] These included:

- Environment Canada with Health Canada helping rural communities make informed decisions through the Community Animation Program on Health and Environment;
- Public Works and Government Services Canada working with Environment Canada to clean up contaminated sites in remote areas and working with Indian and Northern Affairs Canada to improve water and sewage facilities on reserves;
- Industry Canada funding projects to improve the access of rural communities to telehealth services;
- Human Resources Development Canada helping rural communities to increase their knowledge of rural child development and care through Child Care Visions and assisting eligible rural students to pursue post-secondary education through the Canada Student Loans Program;
- Agriculture and Agri-Food Canada supporting food safety and quality through its Canadian Adaptation and Rural Development Fund;
- Veterans Affairs Canada partnering with provincial departments and veterans organizations to enhance access to health information and health technology;

---

(13) Health Canada, *Taking Action on Rural Health*, Ottawa: Public Works and Government Services Canada, 2000. http://www.hc-sc.gc.ca/ruralhealth/TakingAction.pdf

(14) Canada, Rural Secretariat, *Working Together in Rural Canada* (2000).

- Royal Canadian Mounted Police addressing rural crime, suicide and family violence through community participation.

As the preceding selective list suggests, rural health is currently seen as a horizontal issue cutting across multiple federal institutions. These federal bodies, in turn, interact with provincial and territorial governments as well as a plethora of non-governmental organizations that represent rural Canadians and rural communities or groups that share an interest in some aspect of rural health. These non-governmental organizations or groups, often called stakeholders or partners, are quite varied in composition and mission. The multiple partners that influence federal rural initiatives include:

- aboriginal entrepreneurs such as Peace Hills Trust and the National Aboriginal Capital Corporation Association;
- youth-oriented bodies such as the YMCA and school associations;
- academic-focused associations for universities and colleges; and
- health professional bodies such as the Aboriginal Nurses Association and the Society of Rural Physicians of Canada.(15)

Different federal ministers with initiatives in the rural health area respond to this diversity in their public interactions with the groups. Although Health Canada interacts with the multiple non-governmental organizations that have a stake in specific traditional and other broader health concerns, it also works with diverse groups on broader health determinants affecting particular populations. For example, during an address to the Canadian Federation of Agriculture (a group representing farmers), the Minister of Health announced plans to create a position of Executive Director of Rural Health.(16) From another departmental perspective, the Minister of Industry spoke with the Empire Club and the Prince George Chamber of Commerce about health technology and particularly information technology for rural and remote areas.(17)

---

(15) Canada, Rural Secretariat, *Working Together in Rural Canada* (2000).

(16) Speaking Notes for Allan Rock, Minister of Health, The Canadian Federation of Agriculture Annual Meeting, Ottawa, February 1998. http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/speeches/cfafin.htm

(17) http://www.ic.gc.ca/cmb/welcomeic.nsf/searchEnglish/$searchForm?SearchView&Seq=1

B. Parliamentary Initiatives on Rural Health

Direct parliamentary activities related to rural health were not prominent in the late 1990s. For example, unlike the two earlier Parliaments, no House of Commons or Senate Committee undertook a study specifically focused on the health of rural or remote Canadians during the 36th Parliament (1997-2000).(18)

Parliamentarians of both houses, however, raised the issue through direct questions during debate or in committees studying broader health-related issues. For example, during debate, parliamentarians referred to initiatives by federal departments such as Health Canada or by non-governmental organizations such as the Canadian Medical Association. In committees, the House of Commons Finance Committee in its fall 1999 pre-budget consultations heard from the Society of Rural Physicians of Canada about the need for a national rural health strategy that would provide $150 million a year to fund programs to train, recruit and retain health care providers in rural Canada.(19)

The 1999 federal budget, presented to and approved by Parliamentarians, included $50 million over three fiscal years (1999-2000 to 2001-2002) to support the Innovations in Rural and Community Health Initiative. Of this total amount, $18 million has been set aside specifically for rural initiatives: $11 million for grants and contributions, $2 million for national policy projects, and $5 million to support the Office of Rural Health.(20) By June 1999, the National Liberal Rural Caucus had issued a report to the Minister of Health calling for the development of a national rural health strategy.(21) Several recommendations related to the need for Members of Parliament to have effective tools for gathering information from rural constituents about possible components of such a strategy.

---

(18) In earlier parliaments, a 1993 Senate Agricultural Committee report focused on farm stress as an occupational hazard and a 1995 House of Commons report focused on mental health among Indian, Inuit and Métis.

(19) House of Commons, Standing Committee on Finance, testimony from the Society of Rural Physicians of Canada, 9 November 1999. http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/36/2/FINA/Meetings/Minutes/finamn10%288928%29-e.htm

(20) Health Canada, News Release, "Minister of Health announces initiatives to benefit rural Canadians," 12 June 2000. http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/2000/2000_61e.htm

(21) National Liberal Rural Caucus, *Toward Development of a National Rural Health Strategy, Phase I*, Ottawa, June 1999.

Parliamentarians have primarily been concerned with questions of what the federal government might do in the area of rural health. Although sensitive to the fact that most health care services were a provincial responsibility, they noted that many innovations could be and have been facilitated by federal and provincial collaboration. They sought greater understanding of how federal action could be initiated and supported in areas of service and program funding, training of health providers, and research.

DOMINANT IDEAS INFLUENCING FEDERAL ACTION IN RURAL HEALTH

Broadly speaking, the federal government can, and does, work to protect rural health, promote rural health, and support the rural health system. However, in the area of rural health as in others, all its actions now and in the future are influenced by certain interconnected factors characteristic of broader health debate; these include constitutional authority, health strategies, funding mechanisms, access to services, and availability of research evidence.

A. Constitutional Authority

With respect to rural health generally, the federal government's constitutional role is not absolutely clear. It could be argued that, constitutionally, the precise division of power on health as distinct from health care is not defined. In 1982, the Supreme Court of Canada stated:

> ... 'health' is not a matter which is subject to specific constitutional assignment but instead is an amorphous topic which can be addressed by valid federal or provincial legislation, depending on the circumstances of each case on the nature or scope of the health problem in question.[22]

Generally, the provincial governments have powers to regulate local health matters, particularly the delivery of health care services, while the federal government relies primarily on

(22) *Schneider* v. *The Queen* [1982] 2 S.C.R. 112 at 142.

constitutional powers, such as those pertaining to criminal law, spending, and peace, order and good government (POGG).[23]

This criminal law power has been used to authorize actions over conduct that is dangerous to health and forms the base for the *Food and Drugs Act* covering the safety of foods produced rurally as well as drugs used for animals and humans. Other legislation based on the same power such as the *Tobacco Act* and the *Pest Products Control Act* could be seen as having a double-edged effect for rural people; while designed to protect their physical health, the controls could produce detrimental effects on crop production, commodity prices and the overall economic health of the rural community.

In relation to the federal spending power, involvement in health care is pursued through the administration of the *Canada Health Act* and the Canada Health and Social Transfer. The *Canada Health Act* sets certain national standards, and the CHST ensures certain financial contributions to support the health-care system.

The federal POGG power may be a supplementary or alternative avenue to provide for federal legislative initiatives in areas of "national concern" including environmental actions. Other areas that are considered to be extra-provincial in nature and with relevance for rural areas could include the prevention of the spread of disease and the facilitation of interprovincial movement of health professionals. In addition, the federal government – through specific authority for groups such as veterans and First Nations people on reserves – provides direct delivery of some health services. The *Canada Labour Code* can also address the occupational health and safety of employees in federally regulated economic sectors. This allows some oversight of rural occupational health in relevant industrial sectors such as interprovincial transportation, uranium and certain other mines, telecommunications and Crown corporations.

---

(23) Dale Gibson, "The Canada Health Act and the Constitution," *Health Law Journal* 4, 1996, pp. 1-33; Martha Jackman, "The Constitutional Basis for Federal Regulation of Health," 5(3) *Health Law Journal*, 1996, pp. 3-10.

B. Health Approaches

The application of different health strategies or approaches is of particular interest in discussions of a federal role in rural health. Most governments, provincial as well as federal, agree that "there is more to health than health care."[24] Provincial health system reviews since the late 1980s have agreed that the definition of health must be broadened and the emphasis shifted from curing to promotion and prevention through community-based rather than institution-based care.[25]

Approaches such as population health and health promotion involve all Canadians and, accordingly, may give the federal government some authority through its constitutional powers. Thus, health approaches that focus on socio-economic determinants may be viewed as appropriate for federal action in rural health when distinguished from a traditional health care emphasis on particular diseases and availability of provincial medical services. Furthermore, any health approach that aims at the promotion and preservation of the health of the broad Canadian population could be distinguished from traditional health care services for sick individuals.

Proponents of the "health is broader than health care" approach claim that overall good health in rural areas is more often determined by policies affecting employment, education, housing and the general economy than by access to health care through physicians and hospitals. Critics, on the other hand, argue that this conceptual approach diverts attention away from meaningful change of existing health inequalities among the rural Canadian population and can lead to major cutbacks in health care services without guarantees that resources will be reallocated. All argue that the federal government will have to commit money, time and political will if it is to effectively develop and implement positive rural health outcomes.

---

(24) Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians,* Ottawa, September 1994.

(25) Sharmila Mhatre and Raisa Deber, "From Equal Access to Health Care to Equitable Access to Health: A Review of Canadian Provincial Health Commissions and Reports," *International Journal of Health Services*, 22(4), 1992, pp. 645-668.

C. Funding Distribution

Money provides the solid financial base for ensuring continuity and stability in initiatives relevant to rural health and well-being. The federal spending power continues as the central basis for health involvement, enabling both direct and indirect participation in rural health as in other health areas.

The best-known federal funding for health is the Canada Health and Social Transfer (CHST). This block fund was intended to give the provinces greater ability to reform their systems to meet particular regional needs, by ensuring that the specific social and health concerns of particular municipalities – including those in rural and remote areas – were reflected in each province's approach. This, in turn, was to give various community sectors – including health, social and educational service organizations – more opportunity to consolidate efforts and to establish joint consultative mechanisms.(26)

Because all the discretion in dividing funds among health care, social assistance and post-secondary education rests with the provinces, it is unclear how much funding goes beyond the health services sector. The same inability to track such CHST funds seems to apply to the additional $21 billion over five years agreed to on 11 September 2000 in the First Ministers' Action Plan for Health System Renewal.(27)

Other funding that could be directed to the broad needs of rural health flow through programs such as those for veterans' and First Nations' health as well as others such as the Health Transition Fund and the Health Infostructure Support Program. For example, Health Canada provides Non-Insured Health Benefits including drugs, medical supplies and equipment, dental care, vision care and medical insurance premiums directly to the Status Indian and Inuit populations and to the Innu of Labrador when these supplies and services are not provided by other provincial or territorial agencies or third-party plans.(28) Of the Health Transition Fund's

---

(26) For a general overview of the Canada Health and Social Transfer, see Odette Madore, *The Canada Health and Social Transfer: Operation and Possible Repercussions on the Health Care Sector*, 95-2E, Ottawa: Parliamentary Research Branch, February 2000.

(27) First Ministers' Meeting, *Communiqué on Health*, 11 September 2000. http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_e.html

(28) Health Canada, Non-Insured Health Benefits. http://www.hc-sc.gc.ca/msb/nihb/index_e.htm

$150 million for 140 projects, $14 million was earmarked for 27 projects with a rural and remote focus.[29] Even when federal money goes to rural health, it is difficult to measure the effect on rural health outcomes in the four priority areas: home care, pharmacare, primary care reform, and integrated service delivery.

Less directly but very significantly for rural health status, the federal government has had an important role in the health of rural communities through economic means such as farm assistance and insurance programs, supply marketing strategies, transportation services, and infrastructure. As federal policy in these and other areas changed (e.g., privatization of CNR and abandonment of rail lines, the closure of rural post offices, changes to employment insurance), it directly affected rural Canada.

D. Access to Professionals and Facilities

The federal role in monitoring and administering the *Canada Health Act* and its five principles (accessibility, portability, comprehensiveness, public administration, and universality) is important in relation to rural needs for hospital and physician services.[30] Of all the *Canada Health Act* principles, accessibility may be the most significant for rural residents. The executive director of the federal Office of Rural Health noted the rural access problem, stating: "If there is two-tiered medicine in Canada, it's not rich and poor, it's urban versus rural."[31] Rural residents are limited to a smaller range of medical professionals when seeking care and may be less able to avoid (or report) extra billing or user fees.[32] For example, it is estimated that the 30% of Canadians living in rural areas receive care from 15% of the country's physicians.[33] If the insured health services are not available locally, rural residents may have to travel long distances and incur additional costs for transportation and other needs such as hotels.

---

(29) Health Canada, Rural Health: Information Backgrounder, June 2000. http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/2000/2000_61ebk2.htm

(30) For general discussion of the *Canada Health Act*, see Odette Madore, *Canada Health Act: Overview and Options*, PRB 94-4E, Ottawa: Parliamentary Research Branch, January 2000.

(31) "New Office to Focus on Rural Health Issues," *Farm Family Health*, 7(1) Spring 1999. http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/farmfam/vol7-1/index.html

(32) Therese Jennissen, *Health Issues in Rural Canada*, BR-325E, Ottawa: Parliamentary Research Branch, December 1992.

(33) "Strategic investment needed for rural health," *CMA News*, 10(1), 11 January 2000, p. 6.

The question of medically necessary services, currently limited to hospital and physician services defined by provinces, can have implications for rural residents who want early hospital discharges so they can be close to their families. Any initiatives for home care, pharmacare and telehealth must also be assessed in light of both the *Canada Health Act* and particular rural applications. In relation to telehealth for remote communities, Industry Canada's Community Access Program (CAP) is currently working to connect rural and remote communities to the Internet, a particular problem when basic physical access to single phone lines is still a barrier for many rural households and businesses.

Even with advanced telehealth structures, the recruitment and retention of all health professionals (including nurses, technicians, social workers, psychologists and nutritionists) to remote and rural areas will continue to be an issue. The federal/provincial/territorial ministers of health considered strategies for physician resource management in the early 1990s and by the end of the decade were examining options for all health human resource development.(34) For example, the goal of the October 2000 Nursing Strategy for Canada is "to achieve and maintain an adequate supply of nursing personnel who are appropriately educated, distributed and deployed..."(35) Although this document emphasizes that "in keeping with the Agreement on Internal Trade, nurses within Canada should not be restricted from practice in any province/territory,"(36) other analysts have called for attention to the role of federal immigration policy in limiting foreign health professionals. Graduates of foreign medical schools currently face multiple challenges from governments and professional associations when they try to obtain a licence to practice.(37)

---

(34) *News Release*, "F/P/T Health Ministers take action on key health issues," 16 September 1999; with respect to access, Ministers received two discussion papers addressing physician services for rural communities. http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/1999/99_pice.htm

(35) Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Health Human Resources, *The Nursing Strategy for Canada*, October 2000, p. 2. http://www.hc-sc.gc.ca/english/nursing/nursing.pdf

(36) *Ibid.*, p. 4.

(37) Health Canada, *Medical Licensure in Canada: Information for Graduates of Foreign Medical Schools*, Online Edition, 1997. www.hc-sc.gc.ca (Search for "medical licensure"; it is the first document listed.)

E. Research

Currently, there are increased calls for "evidence-based decision-making," i.e., basing decisions about health actions on reliable evidence that determines whether particular current procedures, practices or programs are effective or efficient. To gain a fuller understanding of this within the rural health context, Health Canada provided $200,000 to the University of Northern British Columbia to host an invitational Rural Health Research Summit in October 1999. The report from this initiative highlighted the "blueprint" for a health research process inclusive of rural citizens and observed that "Just as rural health issues can be unique, the research needs and approaches required to study and understand rural health are equally distinct."[38]

Access to good health data could mean funding rurally-relevant research and evaluation initiatives (within existing bodies such as the Canadian Institutes for Health Research and the Social Sciences and Humanities Research Council) as well as consistent data collection and analysis on rural populations (within departments and agencies such as Statistics Canada and the Canadian Institute for Health Information). In fact, the newly created Canadian Institutes for Health Research indicated that rural issues cut across the work of several of their individual institutes (aboriginal, health services, etc.) while the Canadian Institute for Health Information is organizing billing data – both nationally and by province – for surgical, obstetrical and anaesthetic services provided in rural Canada. Other organizations, such as the Federal / Provincial / Territorial Canadian Co-ordinating Office for Health Technology Assessment, could provide informed evaluations of rural medical practices and technologies in areas such as telemedicine.

As the Rural Health Research Summit report noted:

- few of the existing funding agencies and foundations have made rural research a high priority;
- the establishment of a Rural Health Research Initiative, a Rural Health Research Secretariat and a Rural Health Research Foundation would demonstrate commitment and to provide continuity for research programs and information dissemination;[39] and

(38) M. Watanabe with A. Casebeer, *Rural, Remote and Northern Health Research* (1999), p. 23.

(39) *Ibid.*, p. 9.

- its proposed blueprint for rural health research was congruent with sentiments expressed by the federal government in its declarations on collaborative policy-relevant research and evidence-based decision-making.

In the same vein of collecting comparable evidence for decisions, the September 2000 First Ministers' Meeting adopted an Action Plan on Health that called for clear accountability as well as other elements.(40) This included comprehensive and regular public reporting to Canadians with appropriate independent third-party verification and the requirement to measure, track and report on comparable indicators such as health status, health outcomes and quality of services. Accountability through any "report card" on health should contain measures of outcomes that are relevant to rural populations and their particular situations.

CONCLUDING OBSERVATIONS

- A person's geographic location and associated factors such as social support networks, employment and working conditions, and health services availability influence health status. In Canada, where almost one-third of the population lives in rural areas, more detailed analysis of the connections between rural residency and health is essential.

- Continuous and coordinated horizontal efforts – both among federal departments and among federal, provincial and territorial levels of government – can reduce unnecessary duplication and encourage shared learning about rural health. Any actions in this area – including the ongoing negotiations among federal, provincial and territorial officials as well as annual debates among ministers of health and first ministers – need to be more transparent and accessible to affected rural populations including aboriginal peoples, youth, seniors, farmers, etc.

- Given the breadth and ambiguity of its constitutional powers, the federal government can continue to interpret its powers broadly and carry out key rural health-related activities in the

(40) First Ministers' Meeting, *Communiqué on Health*, Ottawa (2000).

area of health policy development, health regulation enforcement, healthy living promotion, disease prevention, and health service provision to particular populations.

- A broader health approach gives more opportunity for federal involvement to address the multiple factors that determine health (not just the risks and clinical factors related to particular diseases) and to refer to the needs of broad populations (not just single individuals who already have or are close to developing health problems).

- The distribution of health funding in ways that ensure equitable treatment of rural health concerns is not an easy task. Collaborative methods for tagging and tracking CHST transfers and other health-related funding, although difficult to achieve, could produce greater equity and efficiency for rural health.

- From a federal perspective, in addition to a leadership and coordination role, the *Canada Health Act* and various policies related to everything from electronic systems to immigration can affect access, not only to medical care by physicians in hospitals, but also to other essential health professionals in other settings.

- Research has already been directed toward rural health, and the results have been used to guide further work. However, there is still a need to assign a higher priority to research establishing baseline data on rural health status, special needs groups, effectiveness of existing services, differing health behaviours, and other issues.

- Rural health partnerships between rural communities and governments must be based on long-term commitments with full recognition both of geographical barriers that make frequent physical connections difficult and of the time and resource constraints that limit participation by rural Canadians. Partnerships must guard against government downloading efforts and must reflect the diversity of rural communities where populations vary by age, ethnicity, occupational and other factors that determine different health needs.

PRB 00-20F

Library of Parliament / Bibliothèque du Parlement

RÔLE DU FÉDÉRAL DANS LA SANTÉ EN MILIEU RURAL

Nancy Miller Chenier
Division des affaires politiques et sociales

Le 12 octobre 2000

PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

N.B. Dans ce document, tout changement d'importance fait depuis la dernière publication est indiqué en **caractère gras.**

THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

CONTEXTE DE LA SANTÉ EN MILIEU RURAL 1

INTÉRÊT FÉDÉRAL ACTUEL POUR LA SANTÉ EN MILIEU RURAL 4

A. Ministères responsables de la santé en milieu rural 4
B. Mesures parlementaires en santé en milieu rural 6

IDÉÉS MAÎTRESSES DE L'ACTION FÉDÉRALE EN SANTÉ EN MILIEU RURAL 8

A. Autorité constitutionnelle 8
B. Approches sanitaires 9
C. Distribution des fonds 10
D. Accès aux professionnels et aux établissements 12
E. Recherche 13

CONCLUSION 15

CANADA
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

RÔLE DU FÉDÉRAL DANS LA SANTÉ EN MILIEU RURAL

« La santé des ruraux est inextricablement liée à celle des communautés rurales[1] ».

Le présent document examine brièvement la façon dont le Canada définit sa population rurale et pourquoi les habitants des campagnes vivent des problèmes particuliers en matière de santé. Il examine par la suite les efforts fédéraux actuels pour régler les problèmes de santé en milieu rural et traite de certaines variables qui influent sur la participation future du gouvernement fédéral et sur sa capacité d'agir sur les problèmes de santé à la campagne.

CONTEXTE DE LA SANTÉ EN MILIEU RURAL

Une partie importante du Canada est rurale. Lorsque la densité de la population et les lieux géographiques sont considérés, le Canada rural compte environ 31 p. 100 de la population et pour 95 p. 100 du territoire du pays[2]. Cette population rurale comprend des personnes aux besoins divergents qui diffèrent par l'âge, le sexe, la situation socio-économique, l'emploi et l'origine ethnique, tandis que le territoire lui-même couvre des terrains divers et comprend une gamme diversifiée d'activités économiques : exploitation des ressources, industries manufacturières et de services.

Dialogue rural, document de 1998 préparé par le gouvernement fédéral à des fins de consultation publique, signale les différences touchant la population du Canada rural et où elle vit. On y affirme que « le Canada rural comprend les collectivités rurales et éloignées ainsi que les petites villes en périphérie des grands centres urbains, tant dans l'extrême Nord qu'à

---

(1) William Ramp, "Where do we go from here," in William Ramp, Judith Kulig, Ivan Townshend, Virginia McGowan (eds.), *Health in Rural Settings: Contexts for Action*, Lethbridge: University of Lethbridge, 1999, p. 297.

(2) *Ibid.*, p. 17.

proximité des grandes villes »[3]. On signale que dans les provinces de l'Atlantique, près de la moitié de la population vit dans les campagnes, ce qui inclut la majorité des collectivités acadiennes et noires. En outre, on signale qu'au Canada, plus de la moitié des Autochtones (en réserve ou dans les villages inuits ou métis) vivent dans les campagnes. D'autres sources indiquent que les populations rurales continuent de diminuer, en particulier parce que les jeunes continuent de partir pour aller étudier et travailler en ville et que les aînés cherchent un meilleur accès aux soins de longue durée. En même temps, les populations rurales sont en augmentation à proximité des villes ou dans les lieux de villégiature[4].

Ainsi, le Canada rural se compose de communautés différant par la langue, la culture, l'environnement, le paysage et l'économie. Chaque communauté affronte à son tour des défis différents pour répondre aux besoins multiples de sa population. Cette diversité de population et de territoire s'oppose à une approche unique à la santé en milieu rural.

Même si ces approches n'ont jamais été unidimensionnelles ni statiques, le point de vue le plus courant s'est limité aux interprétations biologiques et médicales en oubliant le contexte social, économique, culturel ou politique plus large. Cependant, le fédéral, les provinces et les territoires, reconnaissant que la santé ne tient pas seulement aux services médicaux, ont élargi leur approche [5] : désormais, toute stratégie visant la santé de la population doit tenir compte d'une vaste gamme de déterminants tels que le revenu et le statut social; le réseau d'appui; l'éducation; l'emploi et les conditions de travail; l'environnement social et physique; les pratiques personnelles et les habiletés d'adaptation; le développement des enfants; les antécédents biologiques et génétiques, les services de santé, le sexe et la culture[6].

Il est facile de voir où la régionalité et la ruralité peuvent englober plusieurs de ces déterminants. Le *dialogue rural* indique que « les chiffres nationaux révèlent que les campagnes sont différentes des zones urbaines : ainsi, le chômage y est généralement plus élevé, la scolarité plus faible et, dans de nombreuses localités, il y a plus de départs que d'arrivées »[7].

---

(3) Canada, Partenariat rural canadien, *Document de travail pour le dialogue rural*, Ottawa, 1998. http://www.rural.gc.ca/overvi_f.htm

(4) Canada, Secrétariat rural, *Travailler ensemble au sein du Canada rural : Rapport annuel au Parlement*, Agriculture et Agroalimentaire Canada, mai 2000, p. 18. www.rural.gc.ca

(5) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens, Santé Canada*, Ottawa 1994.

(6) Santé Canada, site Web de la santé de la population. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/

(7) Canada, Partenariat rural canadien, *Questions pour les Canadiens des régions* (1998).

Plus précisément, en matière de santé, le Bureau fédéral de la santé rurale signale ce qui suit :

> Dans ces régions, les réalités et les besoins en matière de santé diffèrent de ceux des centres urbains. Ces besoins peuvent être liés spécifiquement à l'environnement (p. ex. : le besoin de formation en prévention de renversement de tracteur), aux changements démographiques (p. ex. : l'augmentation de la population d'aînés dans certaines régions rurales), à un besoin en santé commun existant dans un environnement rural donné (p. ex. : l'état de santé des communautés des Premières nations), ou la nécessité de s'attaquer aux préoccupations de santé selon une perspective qui tient compte de la « réalité rurale » (p. ex. : des services d'obstétrique qui n'obligent pas les femmes des milieux ruraux à se déplacer sur de « longues distances) »[(8)].

La réalité sanitaire particulière des ruraux peut également varier de celle des urbains et selon la région rurale. Ainsi, on estime que « le Canadien des campagnes vit en moyenne à 10 kilomètres du médecin le plus proche »; « plus on se déplace vers le nord plus le médecin est loin »[(9)]. Pour d'autres facteurs, comme l'emploi saisonnier, la population rurale des Prairies jouit d'un taux de chômage beaucoup plus faible que la population rurale des provinces de l'Atlantique.

Le rapport du Sommet sur la recherche sur la santé en milieu rural d'octobre 1999 en Colombie-Britannique brosse ce tableau :

> Les ruraux du Canada savent d'instinct que leur santé est compromise et leur espérance de vie plus courte, que les soins de santé sont moins accessibles et que des soins complets et constants ne constituent pas une attente réaliste. Les taux de décès et de mortalité infantile sont plus élevés, mais aussi le taux de fertilité, ce qui crée un bassin de jeunes enfants et d'adultes âgés, dans un contexte où les jeunes adultes partent, attirés par les villes. Certaines communautés sont fragiles tandis que d'autres ont acquis une résistance indéniable[(10)].

---

(8) Santé Canada, *Santé rurale*, Ottawa, 2000. http://www.hc-sc.gc.ca/santerurale/

(9) Canada, Secrétariat rural, *Travailler ensemble au sein du Canada rural* (2000).

(10) M. Watanabe avec A. Casebeer, *Rural, Remote and Northern Health Research: The Quest for Equitable Health Status for all Canadians*, Rapport du Sommet sur la recherche sur la santé en milieu rural, Prince George, Colombie-Britannique, octobre 1999, p. 4. http://www.unbc.ca/ruralhealth/

Comme on le voit, le Canada rural compte une part importante de la population et du territoire du pays. Leur diversité pose des défis aux provinces et aux territoires qui assurent les services de santé. Pour le fédéral, les mesures facilitant une perspective nationale large sensible aux besoins en milieu rural doivent respecter les frontières des responsabilités gouvernementales.

INTÉRÊT FÉDÉRAL ACTUEL POUR LA SANTÉ EN MILIEU RURAL

Si les appels en faveur d'une attention fédérale aux problèmes particuliers de santé des ruraux ne sont pas nouveaux, l'attention du gouvernement à cet égard s'est renouvelé ces dernières années [(11)]. Les Discours du Trône, les rapports parlementaires et les budgets témoignent d'un engagement politique et financier envers les infrastructures requises par les communautés rurales. En 1999, le premier ministre a créé au Cabinet le poste de Secrétaire d'État au développement rural. Pour ce qui est de la santé, Santé Canada a créé le Bureau de la santé rurale en 1998, mécanisme pour l'application de la perspective rurale aux mesures ministérielles et nationales. Les pages qui suivent abordent certaines mesures ministérielles et parlementaires récentes en santé en milieu rural.

A. Ministères responsables de la santé en milieu rural

Santé Canada est le maître d'œuvre au niveau national des mesures destinées à maintenir et à favoriser la santé de tous les Canadiens, y compris ceux des campagnes. Il compte travailler de concert avec les autres ministères et organismes fédéraux de même qu'avec les provinces et les territoires. La coordination horizontale intégrée est même un thème clé du cadre fédéral d'action de 1999. Parmi 11 priorités du cadre, plusieurs ont rapport à la santé rurale : outre l'accès aux soins, elles concernent l'accès aux ressources financières, le développement du leadership en ressources humaines, les communications en milieu rural et les partenariats pour le développement communautaire[(12)].

---

(11) Canada, Secrétariat rural, *Travailler ensemble au sein du Canada rural* (2000).

(12) Cadre fédéral d'action dans le Canada rural. http://www.rural.gc.ca/framework_f.html

Santé Canada appuie des mesures de santé en milieu rural de multiples façons[13] :

- *besoins de santé en milieu rural* (p. ex., Initiative d'innovation en santé rurale et communautaire et Programme canadien de partenariats en infostructure en santé);
- *groupes touchés* (p. ex., Programme de soins à domicile et communautaires pour les Premières nations et les Inuits, Projet national sur la télésanté pour les Premières nations);
- *problèmes de santé en milieu rural* (p. ex., Fonds d'adaptation des services de santé, Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes, Programme canadien de nutrition prénatale).

Outre le rôle direct de Santé Canada, le premier rapport annuel sur les actions fédérales répondant à l'engagement envers les ruraux signale beaucoup de mesures prises par d'autres ministères, seuls ou en collaboration[14]. Mentionnons :

- Environnement Canada et Santé Canada, qui aident les communautés rurales dans leurs décisions grâce au Programme d'animation communautaire en santé et en environnement;
- Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, qui collaborent avec Environnement Canada à nettoyer les sites contaminés en régions éloignées et à œuvrer avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord à améliorer l'eau et les égouts dans les réserves;
- Industrie Canada finance des projets pour améliorer l'accès des communautés rurales à la télémédecine;
- Développement des ressources humaines Canada, qui informe les communautés rurales sur le développement et les soins infantiles par Vision de la garde d'enfants et favorise les études postsecondaires grâce au Programme canadien de prêts aux étudiants;
- Agriculture et Agroalimentaire Canada, qui œuvre à la sécurité et à la qualité des aliments par son Fonds canadien d'adaptation et de développement rural;
- Anciens combattants Canada, qui œuvre avec des ministères provinciaux et des organismes d'anciens combattants dans le développement de l'accès à l'information et à la technologie médicales;
- La Gendarmerie royale du Canada, qui lutte contre le crime, le suicide et la violence familiale en milieu rural en faisant participer les communautés.

---

(13) Santé Canada, *Agir en matière de santé en milieu rural*, Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000. http://www.hc-sc.gc.ca/ruralhealth/TakingAction.pdf

(14) Canada, Secrétariat rural, *Travailler ensemble au sein du Canada rural* (2000).

Comme ces exemples le suggèrent, la santé en milieu rural est traitée comme un dossier horizontal qui occupe de nombreuses institutions fédérales. Celles-ci interagissent avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec une foule d'organisations non gouvernementales (ONG) qui représentent la population et les communautés rurales, ou encore avec des groupes qui partagent un intérêt dans certains aspects de la santé en milieu rural. Ces ONG ou groupes, souvent qualifiés d'intervenants ou de partenaires, ont une composition et des missions fort variées. Parmi ceux qui influencent les mesures fédérales, mentionnons :

- des entrepreneurs autochtones comme le Peace Hills Trust et l'Association nationale des sociétés autochtones de financement;
- des organismes visant les jeunes comme le YMCA et les associations scolaires;
- des associations gravitant autour des universités et des collèges;
- des organismes de professionnels de la santé comme l'Association des infirmières autochtones et la Société de la médecine rurale du Canada[15].

Les ministères fédéraux intéressés à la santé en milieu rural réagissent à cette diversité dans leurs interactions publiques avec les groupes. Santé Canada interagit avec les multiples ONG qui ont des intérêts dans certaines questions de santé traditionnelles ou plus larges, mais œuvre également avec des groupes sur des déterminants sanitaires plus larges qui touchent des populations particulières. Ainsi, à une allocution devant la Fédération canadienne de l'agriculture, représentant les agriculteurs, le ministre de la Santé a annoncé la création du poste de directeur général de la santé rurale[16]. Par ailleurs, le ministre de l'Industrie a parlé devant le Empire Club et la Chambre de commerce de Prince George de la technologie de l'information en milieu rural et isolé[17].

B. Mesures parlementaires en santé en milieu rural

Les mesures parlementaires directes concernant la santé en milieu rural n'ont pas compté pour beaucoup à la fin des années 1990. Contrairement à ce qui s'était passé durant les

---

(15) Canada, Secrétariat rural, *Travailler ensemble au sein du Canada rural* (2000).

(16) Notes d'allocution du ministre Allan Rock de la santé, Fédération canadienne de l'agriculture, réunion annuelle, Ottawa, février 1998. http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/speeches/cfafin.htm

(17) http://www.ic.gc.ca/cmb/welcomeic.nsf/searchFrench/$SearchForm?SearchView

deux législatures précédentes, aucun comité de la Chambre ou du Sénat n'a entrepris d'étude sur la santé en régions rurales ou éloignées durant la 36e Législature (1997-2000)[18].

Cependant, les parlementaires des deux Chambres ont soulevé la question directement durant les débats ou en comités lors d'études de questions sanitaires plus larges. Ainsi, durant les débats, des parlementaires ont traité des mesures prises par des ministères comme Santé Canada ou par des ONG comme l'Association médicale canadienne. Dans ses consultations prébudgétaires de l'automne 1999, le Comité des finances de la Chambre des communes a entendu la Société de la médecine rurale du Canada traiter du besoin d'une stratégie nationale de la santé en région rurale dotée de 150 millions de dollars par année pour financer les programmes de formation, de recrutement et de rétention des soignants dans les campagnes[19].

Le budget fédéral de 1999, approuvé par les parlementaires, prévoyait 50 millions de dollars sur trois ans (1999 à 2002) à l'appui de l'Initiative d'innovation en santé rurale et communautaire. De ce total, 18 millions de dollars ont été retenus pour des mesures spéciales en milieu rural : 11 millions de dollars pour subventions et contributions, 2 millions de dollars pour des projets de politique nationale et 5 millions de dollars à l'appui du Bureau de la santé rurale[20]. En juin 1999, le Caucus national libéral rural a émis un rapport à l'intention du ministre de la Santé réclamant une stratégie nationale de la santé en milieu rural[21]. Plusieurs recommandations réclamaient pour les députés des outils efficaces pour consulter la population rurale sur le contenu de cette stratégie.

Les parlementaires se sont préoccupés avant tout de ce que le gouvernement fédéral pourrait faire en santé rurale. Sensibles au fait que les services sont surtout du ressort des provinces, ils notent que la collaboration fédérale-provinciale a permis de nombreuses innovations et faciliter plusieurs autres. Ils cherchent à mieux comprendre comment

---

(18) Durant les législatures précédentes, un rapport du Comité sénatorial de l'agriculture de 1993 portait sur le stress à la ferme comme danger d'accident de travail tandis qu'un rapport de la Chambre des communes de 1995 traitait de la santé mentale chez les Indiens, les Inuits et les Métis.

(19) Comité permanent des Finances de la Chambre des communes, témoignage de la Société des médecins ruraux du Canada, 9 novembre 1999
http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/36/2/FINA/Meetings/Minutes/finamn10(8928)-f.htm

(20) Santé Canada, Communiqué, « Le ministre de la Santé annonce des initiatives à l'intention des Canadiens et des Canadiennes vivant en milieu rural », 12 juin 2000.
http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2000/2000_61f.htm

(21) Caucus national libéral rural, *Vers le développement d'une stratégie nationale de santé pour le monde rural, Phase I*, Ottawa, juin 1999

entreprendre et soutenir l'action fédérale dans les domaines du financement des services et des programmes, de la formation des soignants et de la recherche.

IDÉES MAÎTRESSES DE L'ACTION FÉDÉRALE EN SANTÉ EN MILIEU RURAL

En termes généraux, le gouvernement fédéral peut protéger et promouvoir la santé en milieu rural et appuyer le réseau de santé dans les campagnes, et il le fait d'ailleurs. Cependant, dans ce domaine comme dans d'autres, toutes ses actions actuelles et futures sont influencées par des facteurs interreliés qui relèvent du grand débat sur la santé : responsabilité dévolue par la Constitution, stratégies sanitaires, mécanismes de financement, accès aux services, disponibilité des résultats de la recherche.

A. Autorité constitutionnelle

Pour ce qui est de la santé en milieu rural, le rôle du fédéral n'est pas parfaitement clair. On pourrait affirmer que la Constitution ne distingue pas nettement les pouvoirs en matière de santé et de soins de santé. En 1982, la Cour suprême a affirmé ce qui suit :

> ... « la "santé" n'est pas l'objet d'une attribution constitutionnelle spécifique, mais constitue plutôt un sujet indéterminé que les lois fédérales ou provinciales valides peuvent aborder selon la nature ou la portée du problème de santé en cause dans chaque cas[(22)].

En général, les provinces ont le pouvoir de réglementer les questions locales de santé, en particulier la prestation des soins, tandis que le gouvernement fédéral s'appuie avant tout sur ses pouvoirs constitutionnels, relatifs au droit pénal, au pouvoir de dépenser, ainsi qu'à la paix, à l'ordre et au bon gouvernement[(23)].

Le pouvoir pénal a été invoqué pour justifier des mesures relatives à des actions dangereuses pour la santé et constitue le fondement de la *Loi sur les aliments et drogues* qui couvre l'innocuité des aliments produits dans les campagnes de même que les médicaments

---

(22) *Schneider* c. *La Reine* [1982] 2 S.C.R. 112 à 142.

(23) Dale Gibson, "The Canada Health Act and the Constitution," *Health Law Journal* 4, 1996, pp. 1-33; Martha Jackman, "The Constitutional Basis for Federal Regulation of Health," 5(3) *Health Law Journal*, 1996, pp. 3-10.

utilisés chez l'homme et les animaux. D'autres lois fondées sur ce pouvoir, comme la *Loi sur le tabac* et la *Loi sur les produits antiparasitaires*, pourraient avoir un effet double sur la population des campagnes : destinées à protéger leur santé physique, elles peuvent, par leur application, avoir des effets négatifs sur la production agricole, le prix des denrées et la santé économique générale du milieu rural.

Pour ce qui est du pouvoir général de dépenser, la participation aux soins de santé se fait en application de la *Loi canadienne sur la santé* et dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). La *Loi canadienne sur la santé* établit des normes nationales et le TCSPS garantit des contributions financières à l'appui du réseau de la santé.

Le pouvoir fédéral de paix, ordre et bon gouvernement peut constituer une avenue supplémentaire d'action législative fédérale dans des domaines « d'intérêt national » comme l'environnement. D'autres domaines sont considérés comme hors de portée des provinces, en régions rurales, tels que la prévention des épidémies et la simplification des déplacements interprovinciaux des professionnels de la santé. En outre, le gouvernement fédéral — par un pouvoir visant des groupes tels les Anciens combattants et les Autochtones des Premières nations vivant sur les réserves — assure directement la prestation de certains services de santé. Le *Code canadien du travail* peut également traiter de santé et de sécurité au travail des employés des secteurs économiques régis par le fédéral. Cela permet un certain contrôle de la santé en milieu de travail dans les secteurs industriels pertinents, tels que le transport interprovincial, les mines d'uranium et d'autres métaux, les télécommunications et les sociétés de la Couronne.

B. Approches sanitaires

L'application de diverses stratégies ou approches sanitaires est d'un intérêt particulier dans les discussions du rôle fédéral en santé en milieu rural. La plupart des provinces, comme le fédéral, conviennent que la santé, c'est plus que les soins[24]. Les examens des réseaux de santé provinciaux, depuis la fin des années 1980, conviennent que la définition de la santé doit

---

(24) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, septembre 1994.

être élargie et qu'il faut insister maintenant sur la promotion et la prévention plutôt que sur les traitements, par le biais d'actions communautaires plutôt qu'hospitalières[25].

Des approches comme celles de la santé de la population et de la promotion de la santé font participer tous les Canadiens et, conséquemment, peuvent donner au gouvernement fédéral une certaine légitimité constitutionnelle. Ainsi, les approches sanitaires qui ciblent les déterminants socio-économiques peuvent être perçues comme convenables pour l'action fédérale en matière de santé rurale, lorsqu'on les distingue des soins de santé traditionnels qui insistent sur certaines maladies et sur la disponibilité des services médicaux provinciaux. En outre, toute approche sanitaire qui vise la promotion et la préservation de la santé de l'ensemble de la population canadienne peut être distinguée des services de santé classiques destinés aux malades.

Ceux qui soutiennent que « la santé est plus que les soins » affirment que la bonne santé générale dans les campagnes est souvent déterminée davantage par les politiques d'emploi, d'éducation, de logement, et celles qui touchent l'économie en général que par l'accès aux soins offerts par les médecins et les hôpitaux. Par ailleurs, les critiques affirment que ce concept détourne l'action des inégalités qui existent au sein de la population rurale du Canada et qu'elle peut mener à des coupures considérables dans les soins sans garantie d'une réaffectation des ressources. Tous affirment que le fédéral devra engager argent, temps et volonté politique s'il veut développer et mettre en œuvre des changements positifs en matière de santé rurale.

C. Distribution des fonds

L'argent est le nerf de la guerre pour la continuité et la stabilité des mesures de santé et de bien-être en milieu rural. Le pouvoir fédéral de dépenser continue de fonder sa participation en santé, lui permettant d'intervenir directement et indirectement dans la santé en milieu rural et dans d'autres domaines sanitaires.

La source de fonds fédérale la plus connue en matière de santé est le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Ce fonds global est destiné à fournir aux provinces de meilleurs moyens pour réformer leur régime afin de répondre aux besoins particuliers des régions, en garantissant que les préoccupations sociales et sanitaires

---

(25) Sharmila Mhatre et Raisa Deber, "From Equal Access to Health Care to Equitable Access to Health: A Review of Canadian Provincial Health Commissions and Reports," *International Journal of Health Services*, 22(4), 1992, pp. 645-668.

particulières des municipalités, y compris celles des régions rurales et éloignées, se reflètent dans l'approche provinciale. Cela, afin de donner aux divers secteurs communautaires notamment les organismes de services de santé, sociaux et éducatifs, plus de moyens de consolider leurs efforts et de réaliser des consultations conjointes[26].

Étant donné que les provinces peuvent répartir les fonds comme elles l'entendent entre la santé, l'aide sociale et l'éducation postsecondaire, on connaît mal quelle part des fonds est affectée aux soins de santé. La même difficulté de suivre les fonds s'applique aux 21 milliards de dollars supplémentaires qui seront versés sur cinq ans, conformément au Plan d'action des premiers ministres pour le renouvellement des soins de santé du 11 septembre 2000[27].

D'autres fonds qui pourraient s'appliquer aux besoins généraux de santé en milieu rural proviennent de programmes tels que ceux des Anciens combattants et des Premières nations ainsi que le Fonds pour l'adaptation des services de santé et du Programme de soutien à l'infostructure de la santé. Ainsi, Santé Canada fournit directement des soins non assurés : médicaments, fournitures et équipements médicaux, soins dentaires, soins de la vue, primes d'assurance médicale aux Indiens et Inuits inscrits ainsi qu'aux Innus du Labrador, lorsque ces services ne sont pas fournis par la province, le territoire ou un tiers payant[28]. Sur les 150 millions de dollars destinés à 140 projets du Fonds pour l'adaptation des services de santé, 14 millions de dollars ont été réservés à27 projets en régions rurales et éloignées[29]. Même quand l'argent fédéral va à la santé en milieu rural, il est difficile d'en mesurer les résultats dans les quatre domaines prioritaires notamment les soins à domicile, l'assurance-médicaments, la réforme des soins primaires et la prestation intégrée des services.

---

(26) Pour un aperçu général du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, voir Odette Madore, le *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux : Opérations et répercussions possibles sur le secteur des soins de santé*, 95-2E, Ottawa: Direction de la recherche parlementaire, février 2000.

(27) Réunion des premiers ministres, *Communiqué sur la santé*, 11 septembre 2000. http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_f.html

(28) Santé Canada, Services de santé non assurés. Site Internet http://www.hc-sc.gc.ca/msb/nihb/index_f.htm

(29) Santé Canada, Santé rurale : Document d'information, juin 2000. Site Internet http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/2000/2000_61fbk2.htm

Indirectement, mais de manière significative pour l'état de santé en milieu rural, le fédéral intervient beaucoup dans la santé des communautés rurales par des leviers économiques tels que l'aide à l'agriculture et l'assurance-récolte, les stratégies de gestion de l'offre, les services de transport et l'infrastructure. Quand la politique fédérale change dans ces domaines et dans d'autres (privatisation du CN, abandon de lignes ferroviaires, fermeture de bureaux de poste ruraux, changements à l'assurance-emploi), les régions rurales sont touchées directement.

D. Accès aux professionnels et aux établissements

L'application par le fédéral de la *Loi canadienne sur la santé* et de ses cinq principes (accessibilité, transférabilité, intégralité, administration publique et universalité) est importante en regard des besoins de services médicaux et hospitaliers en milieu rural(30). Des cinq principes de la *Loi,* l'accessibilité est peut-être le plus important pour les ruraux. Le directeur général du Bureau de la santé rurale signale le problème d'accès : « S'il existe deux niveaux de soins de santé au Canada, il ne s'agit pas des soins offerts aux riches et aux pauvres, mais plutôt des soins offerts à la ville et à la campagne »(31). Les ruraux sont limités à la gamme congrue des spécialités médicales et sont souvent plus exposés à la surfacturation et aux frais aux usagers(32). Ainsi, les 30 p. 100 des Canadiens des campagnes recevraient des soins dispensés par 15 p. 100 des médecins du pays(33). Si les services de santé assurés ne sont pas disponibles localement, les ruraux doivent parfois parcourir de longues distances et assumer des frais supplémentaires de transports et d'hôtel, notamment.

La question des services médicalement nécessaires, limités actuellement aux services hospitaliers et médicaux définis par les provinces, peut avoir des implications pour les ruraux qui veulent obtenir un congé hâtif de l'hôpital afin de se rapprocher de leur famille. Les mesures de soins à domicile, d'assurance-médicaments et de télésanté doivent également être

---

(30) Pour un examen général de la *Loi canadienne sur la santé*, voir Odette Madore, *Loi canadienne sur la santé : Aperçu et options,* PRB 94-4E, Ottawa : Direction de la recherche parlementaire, janvier 2000.

(31) « Nouveau Bureau de la santé rurale », *La santé de la famille agricole*, 7(1) printemps 1999. Site Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/farmfam/vol7-1/index_f.html

(32) Therese Jennissen, *Questions de santé au Canada rural*, BR-325E, Ottawa : Direction de la recherche parlementaire, décembre 1992.

(33) « Strategic investment needed for rural health », *CMA News*, 10(1), 11 janvier 2000, p. 6.

évalués à la lumière de la *Loi canadienne sur la santé* et des applications rurales particulières. Pour ce qui est de la télésanté dans les localités éloignées, le Programme d'accès communautaire (PAC) d'Industrie Canada contribue actuellement à relier les localités rurales et éloignées à Internet, problème particulier lorsque l'accès physique à une ligne téléphonique individuelle est encore un obstacle pour beaucoup de domiciles et d'entreprises en milieu rural.

Même avec les progrès des structures de télésanté, le recrutement et la rétention des professionnels (infirmières, techniciens, travailleurs sociaux, psychologues, nutritionnistes) dans les endroits éloignés et les campagnes continuent de faire problème. Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont étudié des stratégies visant à gérer les ressources médicales au début des années 1990 et examiné 10 ans plus tard les options pour le développement de toutes les ressources humaines en santé[34]. L'objectif de la stratégie pour les soins infirmiers au Canada d'octobre 2000 est « d'obtenir et de maintenir un effectif infirmier adéquat bien formé et réparti de façon à combler les besoins en santé des Canadiens[35], mais le document insiste sur le fait que « conformément à l'Accord sur le commerce intérieur, on ne devrait pas empêcher les infirmières canadiennes d'exercer leur profession dans la province ou le territoire de leur choix »[36]. D'autres analystes contestent la politique fédérale d'immigration qui limite l'arrivée des professionnels de la santé étrangers. Les diplômés de facultés de médecine étrangères doivent surmonter de multiples défis de la part des gouvernements et des associations professionnelles lorsqu'ils veulent obtenir une licence pour pratiquer[37].

E. Recherche

À l'heure actuelle, on réclame de plus en plus que les décisions relatives aux actions en matière de santé soient fondées sur l'efficacité démontrée des procédures, des pratiques ou des programmes utilisés. Pour mieux attester de leur efficacité en milieu rural,

---

(34) *Communiqué*, « Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé agissent sur des questions clés du secteur de la santé », 16 septembre 1999; pour ce qui est de l'accès, les ministres ont reçu deux mémoires traitant des médecins dans les localités rurales. Site Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/communiques/1999/99_picf.htm

(35) Comité consultatif fédéral-provincial et territorial sur les ressources humaines en santé, *Stratégie pour les soins infirmiers au Canada*, octobre 2000. http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins_infirmiers/infirmiers.pdf

(36) *Ibid.*, p. 6.

(37) Santé Canada, *Le permis d'exercice de la médecine au Canada : Renseignements à l'intention des médecins diplômés à l'étranger*, Édition en ligne, 1997. www.hc-sc.gc.ca

Santé Canada a fourni 200 000 $ à un sommet sur la recherche en santé rurale à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique en octobre 1999. Le rapport du Sommet contient « un plan d'action » pour la recherche en santé qui inclut les ruraux et signale que, tout comme les dossiers de santé en milieu rural sont souvent particuliers, les besoins et les approches de recherche visant à connaître la santé rurale sont également distincts[38].

Pour avoir des données sanitaires fiables, il faut peut-être subventionner des recherches et des évaluations pertinentes en milieu rural (par des organismes tels les Instituts canadiens de recherche en santé et le Conseil de recherches en sciences humaines) de même qu'une collecte et une analyse cohérentes de données sur les populations rurales (par des ministères et organismes tels Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. En fait, les nouveaux instituts ont indiqué que les dossiers ruraux relèvent de plusieurs instituts (autochtones, services de santé, etc.) tandis que l'Institut canadien pour l'information en santé organise les données sur la facturation — au niveau national et par province — pour les services chirurgicaux, d'obstétrique et d'anesthésie fournis dans le Canada rural. D'autres organismes, comme l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé disposent d'évaluations valables sur les pratiques et les technologies médicales en milieu rural, dans des domaines comme la télémédecine.

Comme le signale le Sommet de la recherche en santé rurale :

- rares sont les organismes de financement et les fondations qui ont priorisé la recherche sur le milieu rural;
- l'établissement d'initiatives pour la recherche sur la santé en milieu rural, d'un secrétariat pour la recherche sur la santé en milieu rural et d'une fondation pour la recherche en santé en milieu rural témoignerait d'un engagement et offrirait une certaine continuité au programme de recherche et à la dissémination de l'information[39];
- le plan proposé pour la recherche sur la santé en milieu rural est conforme à l'orientation exprimée par le gouvernement fédéral dans ses déclarations sur la recherche conjointe à l'appui de la politique et des décisions bien fondées.

---

(38) M. Watanabe with A. Casebeer, *Rural, Remote and Northern Health Research* (1999), p. 23.

(39) *Ibid.*, p. 9.

Dans la même veine, recueillir des données comparables pour prendre des décisions, la réunion des premiers ministres de septembre 2000 a adopté un plan d'action sur la santé qui réclame une responsabilité claire, parmi d'autres éléments[40]. Cela inclut des rapports complets et réguliers destinés aux Canadiens avec vérification indépendante par un tiers, et la nécessité de mesurer, de suivre et de faire rapport sur des indicateurs comparables comme la situation, les résultats et la qualité des services. La responsabilité par le biais d'un « bulletin » sur la santé devrait contenir des mesures sur les résultats qui ont un sens pour les populations rurales et leur situation particulière.

CONCLUSION

- Le lieu où réside une personne, les facteurs qui s'y rattachent tels que le réseau d'appui social, l'emploi et les conditions de travail influent sur la santé, au même titre que la disponibilité des services médicaux. Au Canada, où près d'un tiers de la population vit à la campagne, une analyse plus détaillée des liens entre la ruralité et la santé est essentielle.

- Les mesures horizontales continues et coordonnées — entre ministères fédéraux et entre les deux niveaux de gouvernement — peuvent réduire les dédoublements et favoriser l'échange d'information sur la santé en milieu rural. Toute mesure dans ce domaine, comme les négociations en cours entre le fédéral, les provinces et les territoires, de même que les réunions annuelles entre ministres de la santé et premiers ministres — doivent être plus transparentes et accessibles aux populations rurales touchées notamment les Autochtones, les jeunes, les aînés, les agriculteurs, etc.

- Étant donné la portée et l'ambiguïté de ses pouvoirs constitutionnels, le gouvernement fédéral peut continuer de les interpréter largement et effectuer des activités majeures clés dans le domaine de la santé en milieu rural telles que la politique en santé, l'application de la réglementation sanitaire, la promotion de la bonne santé, la prévention des maladies et la prestation de services à certaines populations cibles.

---

(40) Réunion des premiers ministres, *Communiqué sur la santé*, *Health*, Ottawa (2000).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

- Une approche plus large en matière de santé donne plus d'occasions de participation fédérale vis-à-vis des multiples déterminants de la santé (pas seulement les risques et les facteurs cliniques liés aux maladies particulières) et de faire référence aux besoins de vastes populations (et non seulement aux malades mais aux malades éventuels).

- La distribution du financement en santé constitue des façons de garantir un traitement équitable mais elle n'est pas facile à appliquer dans le contexte rural. Les méthodes concertées pour suivre les fonds du Transfert canadien et les autres fonds en santé, difficiles à réaliser, pourraient donner lieu à une plus grande équité et à un meilleur rendement pour la santé en milieu rural.

- Du point de vue fédéral, outre un rôle de leadership et de coordination, la *Loi canadienne sur la santé* et ses politiques connexes, des systèmes électroniques à l'immigration, peuvent influer sur l'accès, non seulement aux soins médicaux en milieu hospitalier, mais également aux services essentiels d'autres professionnels de la santé dans d'autres contextes.

- La recherche a déjà ciblé la santé en milieu rural, et les résultats ont servi à orienter de nouveaux travaux. Cependant, il faut encore assigner une grande priorité à la recherche visant à établir des données de base sur la santé en milieu rural, sur les groupes en besoins particuliers, sur l'efficacité des services existants, sur les comportements différents en matière de santé et sur d'autres questions.

- Les partenariats entre les communautés rurales et le gouvernement en matière de santé doivent se faire à long terme, et tenir compte à la fois des obstacles géographiques qui compliquent les contacts physiques ainsi que du temps et des ressources qui constituent des contraintes limitant la participation des ruraux. Les partenariats doivent se prémunir contre la dévolution des tâches par le gouvernement et refléter la diversité des communautés rurales où la population varie selon l'âge, l'origine ethnique, les professions et d'autres facteurs qui conditionnent des besoins particuliers en matière de santé.